

# Stemverheffing in de communicatie met psychogeriatrische patienten

Citation for published version (APA):

Duchateau, E. M. G. H., Ganzevles, P. G. J., Hamелеers, A. J. L. E., Jolles, J., & Hamer, A. F. M. (1990). Stemverheffing in de communicatie met psychogeriatrische patienten. In *Ouderzorg Limburg* (pp. 64-70). Thesis Publishers.

## Document status and date:

Published: 01/01/1990

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## 3.2. Stemverheffing in de communicatie met psycho-geriatrische patiënten

*E.G.H.M. Duchateau, dr. P.G.J. Ganzevles, A.J.L.M. Hameleers, prof.dr. J. Jolles, drs. A.F.M. Hamer, Vakgroep Neuropsychologie, RL, Maastricht*

### Inleiding

Stemverheffing impliceert dat er sprake is van interactie tussen de spreker en de luisteraar. Onderstaand wordt één aspect van deze interactie tussen verpleegkundigen en psycho-geriatrische patiënten besproken, n.l. de stemverheffing – of anders gezegd het zeer luid spreken of schreeuwen – zoals verplegend personeel regelmatig toepast bij het overbrengen van een boodschap aan psycho-geriatrische patiënten.

De communicatie tussen verpleegkundigen en psycho-geriatrische patiënten verloopt niet altijd vlekkeloos. Op zich is dat niet verwonderlijk, omdat veel psycho-geriatrische patiënten taal- en spraakstoornissen hebben, bijvoorbeeld ze begrijpen gesproken taal onvoldoende of hebben woordvindingsmoeilijkheden, soms is de uitspraak bijna onverstaanbaar ten gevolge van een dysartrie, maar vaak is er ook een gehoorstoornis. Met name deze laatste stoornis is er debet aan dat verpleegkundigen van mening zijn dat zij met behoorlijke stemverheffing, schreeuwen dus, hun boodschap moeten overbrengen. Terwijl juist een van de eerste adviezen die gegeven wordt in de begeleiding van slechthorenden, is: schreeuw niet, maar articuleer goed en spreek in een rustig tempo.

Spreek met behoorlijke stemverheffing is voor de ongeoefende spreker nogal inspannend en vermoeiend. Waarom dan toch blijven schreeuwen, terwijl het advies is dat net *niet* te doen? Er is dus blijkbaar een andere reden om de stem te verheffen.

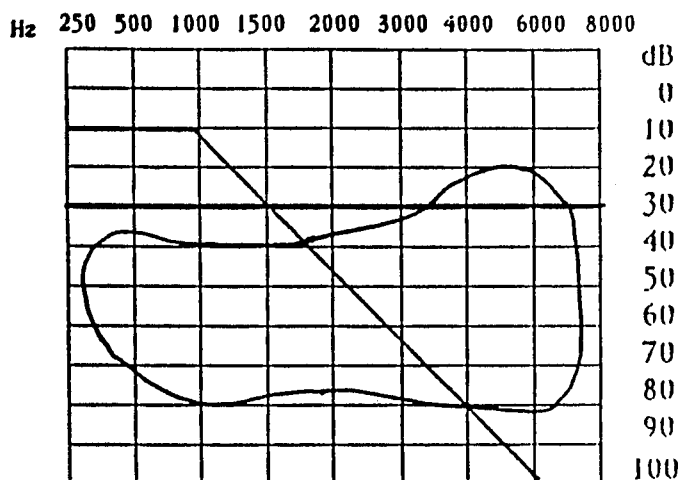
Om meer inzicht te verkrijgen in dit spreekgedrag van de zijde van de verpleegkundige is onlangs door de afdeling neuropsychologie Vijverdal een onderzoek uitgevoerd bij een aantal psycho-geriatrische patiënten, van wie sommigen wel en anderen weer niet met duidelijke stemverheffing werden toegesproken.

Voordat aangegeven wordt hoe dit onderzoek er heeft uitgezien en welke consequenties dit heeft gehad voor de benadering van de betreffende patiënten, wordt eerst ingegaan op het hoorprobleem dat optreedt als gevolg van de ouderdom.

### Hoorproblemen

Naarmate de mens ouder wordt, neemt de kans op verminderd horen toe. Ongeveer 30% van de mensen ouder dan 70 jaar lijdt aan een min of meer ernstige vorm van slechthorendheid. Met name de presbycusis oftewel ouderdomsslechthorendheid is een van de ongemakken van de oude dag. Het belangrijkste kenmerk van ouderdomsslechthorendheid is de geleidelijke achteruitgang van de hoge tonen perceptie, waardoor geluid vervormd wordt waargenomen.

Op figuur 1 is een toondrempelaudiogram van iemand met ouderdomsslechthorendheid weergegeven en tevens het spraakverstaanbaarheidsgebied. U kunt daaruit afleiden dat een aantal klanken niet of slechts gedeeltelijk wordt waargenomen.



Figuur 1. Toondrempelaudiogrammen van iemand met ouderdomsslechthorendheid.

Met name de geleidelijkheid waarmee het hoorvermogen achteruit gaat, is een belangrijk kenmerk van ouderdomsslechthorendheid. Dit betekent dat de persoon in kwestie aanvankelijk weinig weet heeft van het minder goed horen en min of meer onbewust over gaat op spraakafzien als meest voor de handliggende compensatiemechanisme.

Overigens, de term liplezen die vroeger veel werd gebruikt, wordt tegenwoordig steeds minder gehanteerd. Liplezen beperkt zich tot het mondbeeld, terwijl spraakafzien veel meer behelst, omdat hieronder ook mimiek en gebaren vallen. Als je goed gebruik wil maken van spraakafzien, moet je vrij goed kunnen interpreteren en voldoende inzicht hebben in de taal. Zoals reeds is aangegeven, hebben psychogeriatrische patiënten vaak taalstoornissen, dus dat geeft problemen ten aanzien van het spraakafzien.

Dan toch maar stemverheffing?

Volgens Ristma (1979) en Feenstra (1983) worden klanken bij stemverheffing vervormd. Hierdoor ontstaat een negatief effect op het spraakverstaan. De patiënt met presbycusis hoort al vervormd, als daarbovenop nog eens vervorming van klanken komt ten gevolge van stemverheffing, blijft er weinig over om goed te kunnen verstaan. Waarom worden sommigen patiënten dan toch steeds weer opnieuw zeer luid danwel schreeuwend toegesproken? Het antwoord dat verpleegkundigen hierop geven, is stevast: "mevrouw of meneer hoort niet goed en als je niet tegen haar of hem schreeuwt, komt er geen reactie".

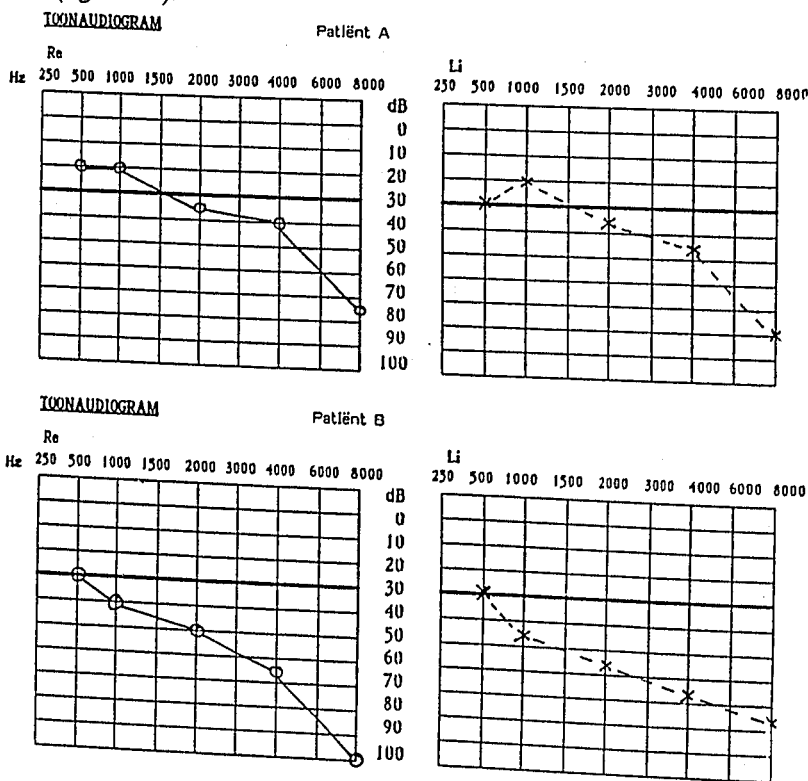
Het onderzoek dat wij hebben uitgevoerd, heeft ons enig inzicht verschaft in dit gedrag van stemverheffing. Ik zal nu overgaan tot de bespreking van het onderzoek

en de gevolgen die dit heeft gehad voor de benadering van psycho-geriatrische patiënten.

De groep mensen die in aanmerking kwam voor dit onderzoek, was verdeeld over twee afdelingen. Deelname geschiedde op basis van vrijwilligheid. In totaal zijn er van de 36 mensen die benaderd werden, 19 onderzocht. De overige 17 konden niet worden onderzocht om diverse redenen, b.v. het niet begrijpen van de instructies, het optreden van paniekreacties, veelvuldig hoesten, snel afgeleid zijn e.d. Het onderzoek zelf bestond uit toondrempelaudiometrie, spraakaudiometrie en de spraak-ruis-test van Plomp. De audiometrist wist niet welke mensen wel of niet schreeuwend werden toegesproken.

Wij beperken ons tot de bespreking van de gegevens van de eerste twee genoemde onderzoeken, dus de toondrempelaudiometrie en de spraakaudiometrie.

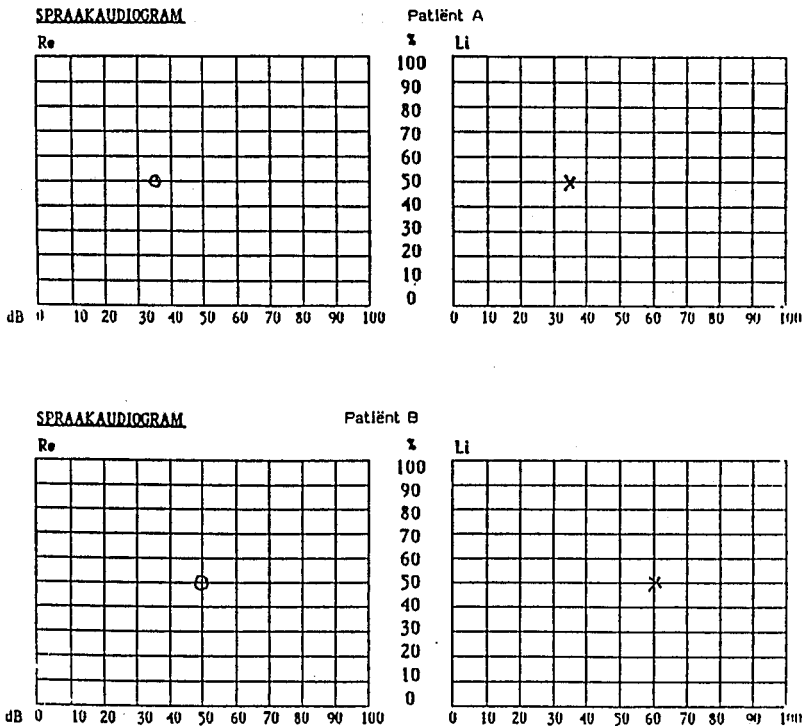
Onderstaand staan de resultaten van de twee toondrempelaudiogrammen weergegeven (figuur 2a).



Figuur 2a. Toondrempelsaudiogrammen van twee patiënten.

Vergelijkt u nu eens patiënt A met patiënt B. Patiënt A wordt zeer luid of schreeuwend toegesproken, maar hoort in feite beter dan patiënt B die – laat ik maar zeggen – gewoon wordt toegesproken.

In figuur 2b ziet u van dezelfde patiënten de spraakaudiogrammen.



Figuur 2b. De spraakaudiogrammen van twee patiënten.

In deze figuur is slechts het punt aangegeven waarop nog 50% spraakverstaanbaarheid is. We zien hier dat patiënt A ook beter spraak verstaat dan patiënt B. Dit betekent dus dat slechthorendheid op zich beslist niet de faktor is die bepaalt of stemverheffing wel of niet optreedt.

Welke mogelijke andere verklaringen zijn dan te bedenken voor dit spreken met stemverheffing?

1. Taal die schreeuwend wordt gesproken, klinkt anders dan taal die met gewone luidheid wordt uitgesproken. Bij schreeuwen worden de klanken vervormd. Patiënten die reeds lang schreeuwend zijn toegesproken, kunnen zich misschien hebben aangepast aan deze klankverandering en daardoor veel moeite hebben met verstaan van normaal gesproken taal.
2. Het is mogelijk dat spreken met stemverheffing gepaard gaat met gebruik van extra non-verbale signalen, die dan werken als hulpinformatie of als stimuli die de aandacht op de spreker gericht houden.
3. Een andere mogelijkheid is dat bij een aantal patiënten het schreeuwen een wekfunktie heeft. Geluidsstimuli met een hoge intensiteit veroorzaken een verhoging van de corticale arousal, waardoor enerzijds de aandacht gericht kan

worden en anderzijds het informatieverwerkingsproces voor taal beter kan verlopen (m.a.w. er wordt beter opgelet en taal wordt beter begrepen).

Als deze laatste gedachte juist is, mag men veronderstellen dat patiënten die schreeuwend worden benaderd, in de regel minder actief zijn, meer apathisch en minder sociaal gedrag vertonen dan andere patiënten. Deze veronderstelling is nader onderzocht door middel van vergelijking van drie gedragsobservatieschalen (GIP-subschalen) n.l.:

1. niet-sociaal gedrag;
2. apathisch gedrag;
3. bewustzijnsstoornissen.

De 19 mensen die zijn onderzocht, zijn in twee groepen verdeeld. Groep I wordt gevormd door de mensen tegen wie met stemverheffing wordt gesproken en groep II bestaat uit de mensen met wie op gebruikelijk luidheidsniveau wordt gesproken. Uit tabel 1 blijkt dat groep I meer niet-sociaal gedrag vertoont en meer bewustzijnsstoornissen heeft dan groep II.

Tabel 1. Scores en T-tests gedragsconservatieschaal intramurale psychogeriatric (GIP) groep I en groep II.

		GIP Schaal			
Schaalscores		1	2	3	
Groep I	M	10.8	5.3	3.9	
	SD	5.2	2.7	3.6	
Groep II	M	3.0	4.1	0.6	
	SD	3.7	3.5	0.9	
t-test		t=3.267 p=0.07	t=0.681 p=0.509	t=2.434 p=0.037	df 12
GIP: 1 = niet-sociaal gedrag, 2 = apathisch gedrag, 3 = bewustzijnsstoornissen.					

Op grond van deze bevindingen kunnen we konkluderen dat het effect van stemverheffing door verpleegkundigen in de communicatie met psycho-geriatriche patiënten vooral een kwestie is van het verhogen van aandacht en arousal. Wat heeft dit nu voor gevolgen voor de benaderingswijze van de patiënten van groep I?

In de eerste plaats is het verplegend personeel ingelicht over de resultaten van het onderzoek met o.a. als doel inzicht te verschaffen in de manier van benaderen.

Daarna is gedacht over een andere benaderingswijze die kan worden gehanteerd, hetgeen tot de volgende vormen van aanpak heeft geleid:

- ten eerste is het mogelijk dat men de patiënten aan wie men een boodschap wil doorgeven, eerst aanraakt voordat men begin te praten;
- ten tweede kan ervoor gezorgd worden dat andere storende invloeden, b.v. veel lawaai etc., verminderen, wat m.n. voor die mensen die nogal gevoelig zijn voor geluid of lawaai een gunstig gevolg heeft;
- ten derde kan men ervoor zorgen dat belangrijke gesprekken op rustige momenten van de dag plaatsvinden;
- ten vierde kunnen voor de werkelijk slechthorende patiënten extra informatieverstrekken communicatiemiddelen bewuster worden gehanteerd. B.v. men maakt meer gebruik van duidelijke, ondersteunende gebaren, of sommige kernwoorden van de boodschap worden opgeschreven of via een afbeelding getoond.

Het gevolg van deze andere benaderingswijze is, zowel volgens de verpleegkundigen zelf als volgens de psycholoog in samenwerking met wie dit onderzoek is uitgevoerd, dat er minder sprake is van stemverheffing waardoor de communicatie nu rustiger en meer ontspannen verloopt, hetgeen niet uitsluitend een gunstig effect heeft gehad op de patiënten uit groep I, maar ook op de patiënten uit groep II.

### **Samenvatting**

*De communicatie tussen verplegend personeel en psychogeriatrische patiënten is aan diverse storende invloeden onderhevig en deze verloopt dientengevolge vaak moeizaam. In de meeste gevallen worden problemen in de communicatie toegeschreven aan presbycusis. Presbycusis of ouderdomsslechthorendheid, waarbij de vermindering van het spraakverstaan wordt veroorzaakt door verzwakking of zelfs volledig verdwijnen van de hoge tonen perceptie, is een van de meest voorkomende ongemakken van de oude dag. Uit de praktijk blijkt dat het verplegend personeel bij een aantal patiënten, haar toevlucht zoekt in stemverheffing of zelfs in schreeuwen, teneinde enige communicatie tot stand te brengen. Daarbij wordt in het algemeen aangenomen dat de verhoging van de geluidsintensiteit de verzwakking van de geluidspceptie compenseert zodat een verbetering van het spraakverstaan optreedt. Ofschoon er een aantal redenen zijn om de juistheid van deze aanname te betwijfelen, geeft het voortdurend en blijvend voorkomen van schreeuwen of zeer luid spreken tegen sommige patiënten aan dat er sprake moet zijn van een of ander effect. In het hier beschreven onderzoek is getracht meer inzicht in deze materie te verkrijgen.*

*Alle onderzochte patiënten zijn in meer of mindere mate slechthorend. Uit de toon-spraakaudiogrammen blijkt dat er geen verschil is in auditieve waarneming tussen patiënten met wie middels schreeuwen of luid spreken wordt gekommuniceerd en patiënten met wie op normale toon wordt gesproken. Er bestaat dus geen functionele relatie tussen de gehoorstoornis van de patiënten, gemeten met toon- en spraakaudiogrammen en de luidheid van het spreken met de patiënten door de verpleging. De veronderstelling dat de mate van alertheid een bepalende factor zou kunnen zijn is nader*

*onderzocht door middel van vergelijking van de scores op een drietel GIP subschalen: 1) niet-sociaal gedrag, 2) apathisch gedrag, 3) bewustzijnsstoornissen. Deze resultaten geven steun aan de veronderstelling dat het effect van schreeuwend communiceren vooral gelegen is in de mate van aandacht en arousal die daarmee bereikt wordt. Deze bevindingen hebben inmiddels geleid tot een aanpassing in de wijze van benaderen van de patiënten.*

## Literatuur

- Bayles, K.A., Kaszniak, A.W., Tomoeda, Ch.K., Communication and Cognition in Normal Aging and Dementia, Taylor & Francis Ltd London, 1987.
- Feenstra, L., Gehoorverlies bij ouderen (presbycusis). Geriatrie-Informatorium, 2.1-11, 1983.
- Groen, J.J., Slechthorendheid en hoortoestellen. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij N.V., Leiden, 1983.
- Hameleers, A.J.L.E., Duchateau, E.G.H.M. en Ganzevles P.G.J. Spraakwaarneming bij psychiatrische en psycho-geriatrie patiënten, Interne publikatie Vakgroep Neuropsychologie en Psychobiologie R.U. Limburg, Maastricht, 1987. Rapport 8704.
- Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden, Voorlichting aan Goedhorenden in de omgang met Slechthorenden, stencil.
- Peleman, M., Presbycusis: nieuwe inzichten in onderzoek en behandeling. Tijdschrift voor Logopedie en Audiologie, 1984, 14, 89-99.
- Plomp, R., A signal-to-noise ratio model for the speech-reception threshold of the hearing impaired. Journal of Speech and Hearing Research, 1986A, 29, 146-154.
- Plomp, R., Het hoortoestel van de toekomst. Logopedie en Foniatrie, 1986b, 58, 302-306.
- Ritsma, R.J., Hoorrevalidatie, mogelijkheden en beperkingen, Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie, 10, 1979, 144-151.
- Schow, R.L., Christensen, J.M., Hutchinson, J.M. en M.A. Nerbonne, Communication disorder of the aged. University Park Press, Baltimore, 1978.